

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juin 1908, à 1 heure

PAR

Maurice MOULU

Né à Paris, le 14 Décembre 1878
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

DE

QUELQUES POINTS SPÉCIAUX

DU

Traitement Médical des Métrites

Président : M. SEGOND, professeur

Juges } *MM. PINARD, professeur*
RECLUS, professeur
PROUST, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVÉ, Éditeur

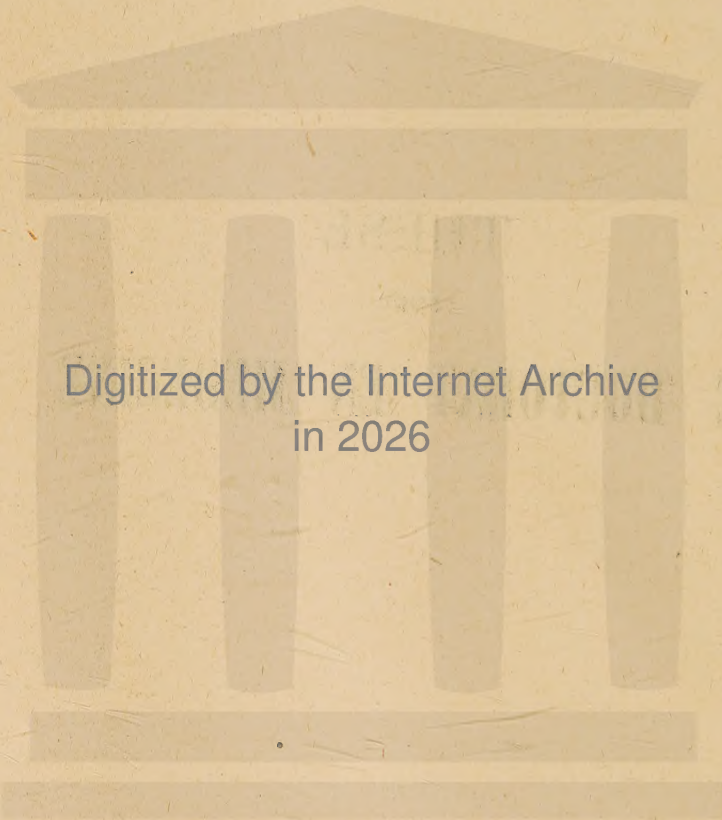
15, Rue Racine, 15

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

265

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juin 1908, à 1 heure

PAR

Maurice MOULU

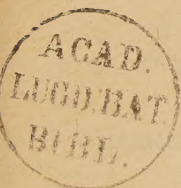
Né à Paris, le 14 Décembre 1878
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

DE

QUELQUES POINTS SPÉCIAUX

DU

Traitement Médical des Métrites



Président : M. SEGOND, professeur

MM. PINARD, professeur

Juges

RECLUS, professeur

PROUST, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	NICOLAS		
Physiologie.....	CH. RICHET		
Physique médicale.....	GARIEL		
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER		
Parasitologie et histoire naturelle médicale...	BLANCHARD		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD		
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD		
	DEJERINE		
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE		
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE		
Histologie.....	PRENANT		
Opérations et appareils.....	QUENU		
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET		
Thérapeutique.....	GILBERT		
Hygiène.....	CHANTEMESSE		
Médecine légale.....	THOINOT		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLE		
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER		
Clinique médicale.....	{ HAYEM		
	DIEULAFOY		
	DEBOVE		
	LANDOUZY		
Maladies des enfants.....	HUTINEL		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER		
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND		
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU		
	BERGER		
	RECLUS		
	SEGOND		
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE		
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN		
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD		
	BAR		
	RICHEMONT-DESSAIGNES		
Clinique gynécologique.....	POZZI		
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON		
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN		
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

DE QUELQUES POINTS SPÉCIAUX
DU
Traitement Médical des Métrites

INTRODUCTION

Nous nous proposons au cours de ce travail après avoir rappelé les notions anatomiques et anatomo-pathologiques indispensables à l'étude des métrites, de citer les causes principales, les agents pathogènes et l'ensemble symptomatique des inflammations utérines. Nous verrons les complications que celles-ci peuvent provoquer. Nous récapitulerons ensuite les moyens de diagnostic permettant d'instituer de bonne heure un traitement approprié. Nous énumérerons enfin les agents thérapeutiques dont il nous a été donné de contrôler la valeur dans le service de notre maître le docteur Labadie-Lagrave, et retiendrons spécialement l'attention sur les moyens d'action qui nous ont paru les plus efficaces.

APERÇU ANATOMIQUE

Organe destiné à recevoir le produit de la conception, l'utérus est situé dans la cavité pelvienne en arrière de la vessie, en avant du rectum, au-dessous de la masse des anses grêles qui repoussent en bas l'utérus dans le vagin au niveau de l'extrémité supérieure duquel le col utérin vient faire saillie. Ce cône utérin, tronqué à base supérieure haut de 6 centimètres et large de 4 centimètres, présente au-dessous de sa partie moyenne un sillon assez net qui divise l'organe en deux portions qui nous occuperont diversement au cours de ce travail, le corps et le col réunis par l'isthme. C'est au niveau du dôme utérin que s'abouchent latéralement les deux trompes, par l'intermédiaire desquelles l'ovule au cours de la période menstruelle sera amenée dans la cavité utérine.

Surplombant le vagin et la vulve, l'utérus pourra être infecté par leur intermédiaire sous-jacent aux trompes, il leur communiquera souvent les infections de sa muqueuse. Placé en anteflexion et en latéro-version l'utérus forme un angle presque droit avec le vagin oblique en arrière et en haut.

La partie la plus directement accessible est la portion vaginale du col qu'il est facile de sentir par le toucher et d'examiner après introduction du spéculum. Nous rappelons pour mémoire l'ensemble des organes génitaux externes puisqu'ils peuvent au cours des métrites présenter des inflammations produites par les écoulements utérins. On sait que les grandes lèvres recouvertes de poils abondants à leur face externe circonscrivent un espace ovalaire très allongé dans lequel sont inscrites les petites lèvres généralement peu développées et qu'on ne pourra apercevoir qu'après écartement des grandes lèvres ; d'autres fois au contraire elles sont longues et dépassent celles-ci. Les petites lèvres à leur tour circonscrivent un espace angulaire à sommet antérieur ; et en avant, là où leur hauteur est le plus considérable elles présentent un tubercule plus ou moins considérable le clitoris marquant exactement la commissure des petites lèvres. Progressivement celles-ci diminuent d'avant en arrière, elles se perdent peu à peu sur la face interne des grandes lèvres, elles sont en effet constamment unies en arrière de l'orifice vaginal par un mince raphé, la fourchette. C'est au niveau de cette fente périnéale que nous trouvons deux orifices atteints souvent d'inflammation au cours des métrites : le plus antérieur, le méat urinaire situé immédiatement en arrière du clitoris et plus en arrière à la partie postérieure de la vulve mais à 3 centimètres en avant de l'orifice anal est l'entrée du vagin obturée chez la vierge par

une membrane d'origine vaginale l'hymen quelquefois annulaire mais le plus souvent semi-lunaire. Chez la femme déflorée, cet orifice inférieur du vagin est limité par les vestiges de l'hymen et chez la femme qui a eu des enfants par les caroncules myrtiformes. Après avoir au cours de l'examen gynécologique inspecté ces différentes parties des organes génitaux de la femme, il faudra pratiquer le toucher et le doigt introduit dans le vagin sentira des replis muqueux plus ou moins appréciables mais surtout à 8 centimètres environ au-dessus de la vulve reconnaîtra le col utérin. Le doigt explorateur perçoit un cul-de-sac antérieur peu étendu, deux culs-de-sac latéraux obliques en haut et en arrière et un cul-de-sac postérieur de beaucoup le plus profond, il remonte sur la face postérieure du col. C'est encore le toucher qui permet de reconnaître au col une lèvre antérieure basse, saillante, épaisse, c'est elle que le doigt rencontrera la première et une lèvre postérieure effacée, fuyante. Et si maintenant on introduit un spéculum on aperçoit après écartement des valves l'orifice que limitent les lèvres du col, rosées, lisses, régulières, circonscrivant un espace circulaire chez la nullipare, en forme de fente transversale chez la multipare.

Les autres points de l'anatomie utérine ne peuvent être connus qu'au cours d'une dissection ou d'une laparatomie, le corps utérin et la partie inférieure du col étant situé dans le petit bassin. Répondant en avant à la force postérieure de la vessie et en

arrière à la face antérieure du rectum l'utérus prend part à la formation de deux culs de sac dans lesquels nous verrons ultérieurement s'insinuer des feuillets péritonéaux. C'est surtout par ses bords latéraux que l'utérus affecte des connexions importantes avec les organes de l'espace pelvi-rectal supérieur, branches de l'hypogastrique, volumineux plexus péri-utérins veineux, troncs lymphatiques, ganglions nerveux, uretère, série d'organes dont il nous faut maintenant préciser la topographie et les rapports.

Tous les vaisseaux utérins ont comme nous le verrons leurs terminaisons ou leurs origines au niveau de la muqueuse utérine.

L'artère utérine, née de l'hypogastrique en arrière de l'ombilicale et de l'obturatrice chemine sur la paroi pelvienne latérale au-dessous de la fossette sous-ovarienne sur un parcours de six centimètres. Elle devient oblique en dedans, s'éloigne progressivement du muscle obturateur interne doublé de son aponévrose. Laissant à ce niveau en avant d'elle l'uretère obliquement descendant en dedans l'utérine se recourbe pour pénétrer dans l'épaisseur du ligament large et parvenue à 15 millimètres au dessus et en dehors du cul de sac latéral s'infléchit pour cheminer le long des bords de l'utérus en s'éloignant progressivement de ceux-ci.

Finalement elle vient se terminer pour la majorité des classiques actuels entre l'utérus et l'ovaire donnant une artère tubaire externe, une tubaire moyenne et une sous-ovarienne anastomosées avec des bran-

ches homologues, terminaisons de l'artère utéro-ovarienne qui, venue de la Région lombaire, n'affectent que des rapports éloignés avec l'utérus puisqu'elles se divisent à la partie toute supérieure et externe du ligament large. Au cours de son trajet l'artère utérine a fourni des branches relativement éloignées de l'utérus, artères urétiques et vésicales ; plus proches sont les cervico-vaginales qui surplombent les culs-de-sac latéraux du vagin, enfin au niveau de l'utérus même de nombreuses branches flexueuses pour le col, plus développées au niveau de l'isthme et constituant même à ce niveau le cercle artériel dit de Huguier. Ces artérioles sont rectilignes au niveau du corps utérin, elles le pénètrent directement à travers les faisceaux musculaires s'anastomosant peu sur la ligne médiane comme le montre une coupe de l'organe. Presque insignifiante est la part que prend l'artère du ligament rond à la vascularisation utérine ; née de l'épigastrique elle chemine dans l'épaisseur du ligament pour venir s'anastomoser avec les branches de l'artère utérine au voisinage de l'angle tubaire.

Les veines en nombre double de celui des artères dont elles sont satellites, se répartissent en trois volumineux plexus atteints quelquefois du phlébite au cours des infections puerpérales, une particularité intéressante à signaler est la situation postérieure des veines utérines par rapport à l'uretère.

Les lymphatiques efférents suivent deux directions, une supérieure vers les ganglions lombaires,

tandis que les lymphatiques inférieurs gagnent les ganglions iliaques, les lymphatiques du dôme utérin enfin se rendent aux ganglions de l'aîne. Les nerfs se rapprochent du trajet des artères, la seule disposition particulière qu'ils présentent est le pelotonnement de cette lame fenêtrée, triangulaire qui, située sur la face postéro-latérale du col, est décrite par les classiques sous le nom de ganglions de Lec.

Nous voyons donc l'utérus doté de deux pédicules vasculo-nerveux, un supérieur longeant le bord inférieur de la trompe, un inférieur cheminant dans la base du ligament large.

Voyons maintenant la disposition de l'uretère par rapport à ces différents organes. Celui-ci, appliqué sur la paroi pelvienne latérale, abandonne les artères iliaques, chemine dans la fossette obturatrice et se trouve là proche voisin des branches les plus antérieures de l'hypogastrique. Oblique en bas et en dedans l'uretère est croisé sur sa face antérieure par l'artère utérine dans son trajet transversal, ce croisement se fait à mi-distance entre le col utérin et la paroi pelvienne latérale à 2 centimètres en dehors du col, puis continuant son trajet descendant chemine à 1 cm. 5 en dehors du cul de sac latéral, entre presque en contact en avant avec le dôme vaginal pour atteindre enfin le bas-fond vésical.

Autour de ces organes le tissu cellulaire s'est condensé pour constituer la gaine hypogastrique. Celle-ci, ouverte en dehors par la pénétration des pédicules vasculaires est limitée en avant par l'aponévrose

ombilico-vésicale, en bas par l'aponévrose périméale supérieure, en arrière par l'aponévrose sacro-recto-génitale. Celle-ci décrite par M. Pierre Delbet est comparable à un livre ouvert dont le dos serait tourné en bas et dont les feuillets convergeraient en avant ; elle s'insère en arrière en dedans des troisième et quatrième trous sacrés puis sur les bords latéraux du sacrum et du coccyx, les fibres supérieures atteignent l'utérus et le rectum, les moyennes le col de la vessie, les inférieures gagnent le dôme vaginal.

Sur cet ensemble de vaisseaux et de ligaments retombe comme un voile le ligament large soulevé ici en replis, déprimé là en culs-de-sac. Nous le voyons s'insinuer en avant en un cul-de-sac vesico-utérin et, se réfléchissant sur la face antérieure au niveau de l'isthme recouvrir le dôme de l'organe auquel il adhère fortement pour s'insinuer en arrière entre l'utérus et le rectum dépassant de 1 cm 5 le plan du col et constituant le cul-de-sac de Douglas divisé comme on sait en deux cavités par un repli semi-lunaire. Latéralement, tandis que la portion supérieure est tendue transversalement par les trompes d'une paroi pelvienne à l'autre et que mésovarium et mésosalpynx sont flottants, la partie inférieure, mesometrium, soutenue par la gaine hypogastrique présente une fixité considérable. Nous voyons en avant la séreuse soulevée par les saillies des ligaments ronds et plus bas par celle des petits muscles vésico-utérins, en arrière de l'utérus c'est le

bord tranchant de l'aponévrose sacro-recto-génitale qui selon son degré de développement provoque la formation des ligaments utéro-lombaires ou utéro-sacrés. La disposition de ce péritoine variable en avant et en arrière au niveau du col, l'insertion oblique du vagin sur celui-ci avait permis à Schröder de diviser celui-ci en trois segments description actuellement classique.

Nous voyons donc l'utérus suspendu par la portion transversale des ligaments larges, maintenu en avant par les ligaments ronds et vésico-utérins, en arrière par les ligaments utéro-lombaires ou utéro-sacrés, en bas par l'intermédiaire du vagin il prend appui sur le plancher périnéal.

Si nous fendons l'utérus de bas en haut, le canal cervical sillonné par l'arbre de vie nous apparaît uni à la cavité utérine par une portion rétrécie, isthme de Calza.

Au microscope, la muqueuse apparaît constituée au niveau du corps par un épithélium formé d'une couche de cellules allongées, prismatiques à noyau, profond recouvertes de cils vibratils à partir de la puberté, d'un chorion formé de tissu conjonctif embryonnaire et de glandes en tube. La muqueuse du col, moins épaisse, plus blanche, plus consistante, présente un épithélium cylindrique cilié à noyau volumineux, arrondi ; il se distingue de l'épithélium du corps par la longueur de ses cils et la présence de cellules caliciformes ; là aussi on retrouve un chorion riche en éléments fibrillaires, des glan-

des variées, depuis la simple crypte jusqu'à la glande en grappe, devenant d'autant plus rares qu'on se rapproche de l'orifice utéro-vaginal.

Les artères, nées comme nous avons vu forment dans la muqueuse un double réseau, un superficiel, sous-épithélial, à mailles serrées et un profond périglandulaire.

De ces réseaux capillaires partent des veinules qui, suivant une répartition homologue se collectent dans les plexus utérins intramusculaires.

Le système lymphatique représenté pour Fridolin par des espaces lymphatiques serait constitué pour Poirier par un réseau continu au niveau du col et du corps, formé par un réseau muqueux aboutissant aux trois plans superposés du réseau musculeux.

Les nerfs ont dans la muqueuse des terminaisons mal connues. Pour Patenko ils formeraient de riches plexus périglandulaires d'où émaneraient des fibrilles inter et même intraglandulaires. Ces différents éléments de la muqueuse présentent au moment des règles et pendant la grossesse des modifications très importantes que nous n'avons pas à étudier.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX ET ÉTIOLOGIE

On décrit actuellement sous le nom de métrites les inflammations utérines portant sur la muqueuse de cet organe, ce sont des affections de l'endomètre. Nous aurons occasion de rappeler quelques points classiques importants : la richesse glandulaire de la muqueuse, la localisation presque exclusive de l'inflammation à cette muqueuse, l'intégrité fréquente du tissu sous-jacent, la rareté des suppurations sous muqueuses d'où propagations exceptionnelles de l'inflammation par les lymphatiques en dehors de la puerpéralité. Par contre les phlébites sont assez fréquentes après les métrites puerpérales. Ces différentes particularités pathologiques dominent la symptomatologie des métrites.

La nature infectieuse des métrites ne semble plus discutable aujourd'hui quoique l'origine microbienne de certaines métrites ne soit pas encore démontrée. Des microbes variés ont pu être recueillis et cultivés au cours des métrites, mais dans la presque totalité des cas on se trouve en présence de streptocoque et de gonocoque. Les causes occasionnelles en sont extrêmement variables. Nous ne rappellerons que pour mémoire les métrites scrofuleuses

et arthritiques, les métrites survenant au cours de la rougeole, de la scarlatine et de la fièvre typhoïde, dues surtout à des congestions intenses du côté des organes génitaux. Nous reconnaitrons à l'exemple du professeur Pozzi comme causes de métrites la menstruation, la copulation, la parturition, les traumatismes auxquelles M. Pierre Delbet ajoute les néoplasmes.

Cependant les deux causes, de beaucoup les plus fréquentes sont la parturition et la copulation ; les microbes le plus constamment en cause : le streptocoque et le gonocoque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La majorité des auteurs étudiant les modifications apportées dans les éléments anatomiques de l'utérus par les inflammations, décrit des métrites du corps et des métrites du col.

L'examen macroscopique des métrites du corps montre la muqueuse épaissie, atteignant parfois 10 à 15 millimètres, molle, pulpeuse, friable, se décollant facilement de la musculieuse sous-jacente. L'augmentation des saillies occupant le canal cervical aboutit parfois à la formation de petits kystes (œufs de Naboth) à contenu muqueux. Parfois on constate la présence de petits polypes pédiculés. La coloration de la muqueuse présente des modifications importantes, d'ailleurs nous ne pouvons mieux faire que rappeler la description que donnait Cornil de ces lésions macroscopiques des métrites du corps utérin. « La muqueuse n'a pas l'apparence blanchâtre, la surface lisse et la raideur spéciale qu'elle présente à l'état normal. Elle est inégale à sa surface, boursouflée, molle, pulpeuse ressemblant par son aspect et sa consistance à de la gelée de groseille. La coloration est quelquefois plus foncée et on a alors l'apparence d'une couche de sang transformée en

caillots noirâtres, mous, cruoriques. Cette couche mollassse formée par la muqueuse enflammée se déplace facilement sous le scalpel comme s'il s'agissait d'un tissu ramolli. Une congestion intense se voit dans toute l'épaisseur de la paroi utérine, dans l'interstice des fibres musculaires, mais elle atteint son maximum au niveau de la face profonde de la muqueuse où elle est extrêmement prononcée. Si on sectionne la muqueuse nettement avec un couteau bien affilé et qu'on observe la surface de coupe, il est très difficile de distinguer la muqueuse d'avec le muscle, ces deux parties ayant un aspect à peu près analogue. On arrive toutefois à les différencier en dilacérant doucement la surface utérine avec une curette ; la muqueuse s'enlève en effet, tandis que le tissu musculaire résiste à l'action de l'instrument, c'est là le bénéfice du curage de la muqueuse car la curette ne peut pénétrer dans le tissu musculaire lui-même que si ce dernier est très ramolli par l'inflammation ce qui est rare. »

Histologiquement il est classique de décrire avec Ruge une métrite glandulaire et une métrite intersti-tielle suivant que les lésions prédominent sur les glandes ou sur le stroma. Souvent d'ailleurs ces deux types sont combinés.

On distingue parmi les métrites glandulaires une forme glandulaire proprement dite caractérisée par l'augmentation de volume des glandes et une forme hypertrophique dans laquelle les glandes augmentent de nombre, il y a hyperplasie ; dans certaines de

ces formes, les culs-de-sac glandulaires sont presque accolés les uns aux autres.

Cependant les altérations du tissu conjonctif relativement peu marquées dans les formes de métrites glandulaires s'accroissent en passant par de nombreuses formes intermédiaires pour arriver à constituer les métrites interstitielles. Pour Cornil « les éléments de la muqueuse sont formés par du tissu conjonctif avec petites cellules et noyaux ovoïdes. » Ces noyaux se multipliant apparaissent au cours des inflammations tassés les uns contre les autres, rappelant à la coupe l'aspect des sarcomes ce qui a prêté à confusions, autour sont des cellules migratrices, les capillaires dilatés se rompent parfois, c'est ainsi que se produit l'infiltration sanguine à la face profonde de la muqueuse qui se trouve décollé et se détache sous forme de lambeaux : ce sont ces phénomènes qui constituent en clinique la dysménorrhée membraneuse.

Ce qu'il importe de signaler particulièrement c'est que dans la métrite interstitielle les glandes sont peu altérées. L'évolution de ces métrites interstitielles se caractérise par l'apparition de nombreuses cellules fusiformes en même temps que le tissu conjonctif devient épais et dur ; les glandes enserrées dans ce tissu fibreux s'atrophient et parfois même disparaissent tandis que les cellules de l'épithélium de revêtement perdent leurs cils, s'aplatissent prenant l'aspect d'un épithélium pavimenteux Cet ensemble de modifications histologiques s'observe surtout après

la ménopause alors que les glandes n'ont plus assez de vitalité pour se défendre ces diverses altérations que nous avons rappelées se combinent de façon à constituer les principaux types de métrite.

Dans l'endométrite aiguë, outre les modifications histologiques que nous avons signalées caractérisant les inflammations aiguës de la muqueuse il nous faut signaler la participation fréquente de la paroi musculaire utérine gonflée et œdémateuse. Ces phénomènes s'accompagnent parfois en clinique de l'élimination de la muqueuse et d'une partie de la musculature c'est là la métrite dite disséquante.

C'est encore au cours de ces inflammations aiguës qu'on constate la formation sur la muqueuse de véritables fausses-membranes, caractère anatomo-pathologique de la métrite exsudative.

Plus spéciale est l'endométrite déciduale *post abortum* dans laquelle on constate les éléments de la caduque qui deviennent un centre de proliférations de cellules du stroma. Ces débris après curetage sont reconnaissables à leurs grandes cellules et par la présence de villosités chorales. Dans certains cas, au niveau de ces débris se constituent des polypes dans lesquels on retrouve les villosités chorales des cellules placentaires ; d'autres fois aux dépens de ces villosités se forment des Kystes gélatineux petits et nombreux. Enfin parfois les déciduomes malins se constituent aux dépens de ces villosités.

La métrite catarrhale ne présente pas de lésions anatomiques bien spéciales on retrouve dans la secré-

tion utérine un grand nombre de cellules caliciformes que Heitzmann considère comme manifestation de dégénérescence.

La métrite hémorragique est une métrite interstitielle caractérisée par une abondante prolifération vasculaire. Heitzmann signale l'allongement des cellules qui atteignent le double ou le triple de leur longueur normale.

La métrite fongueuse est une forme mixte glandulaire et interstitielle avec prédominance des lésions glandulaires et épaissement considérable de la muqueuse.

Dans les métrites du col les lésions anatomopathologiques sont très différentes suivant qu'elles siègent au niveau de la portion vaginale ou dans le canal cervical. Au niveau de ce dernier les lésions sont presque identiques à celles que nous avons rappelées dans les inflammations du corps utérin ; la fréquence des Kystes au niveau du canal cervical est très particulière. Ces œufs de Naboth à contenu muqueux, à paroi conjonctive doublée d'une couche de cellules d'épithélium cylindrique sont parfois si nombreux que sur une coupe fine ils donnent à la muqueuse l'aspect d'une dentelle.

Plus fréquente au cours des métrites du col est la propagation inflammatoire à la paroi musculaire. Tandis que dans ces métrites parenchymateuses aiguës le parenchyme seul est œdémateux mais sans aucune tendance à la suppuration, dans les formes chroniques caractérisées par l'épaississement de la

paroi musculaire et l'augmentation de la cavité utérine les lésions sont beaucoup plus marquées ; le tissu conjonctif est sclérosé, les vaisseaux lymphatiques quelquefois dilatés ; ce sont surtout les vaisseaux sanguins qui se trouvent modifiés par un épaississement considérable de leurs parois.

Beaucoup plus discutées ont été les altérations de la portion vaginale du col. La presque unanimité des auteurs est actuellement d'accord pour dire que les lésions décrites au niveau du col sous le nom d'ulcérations ne sont pas des ulcérations au sens anatomique du terme. Ruge et Veit ont en effet constaté que la surface dite ulcérée est recouverte d'épithélium cylindrique. Cependant Dœderlein a montré qu'en dehors des lésions syphilitiques ou tuberculeuses l'ulcération vraie peut exister quelquefois au cours des métrites ; toutefois, dans la grande majorité des cas l'aspect ulcéré serait pour cet auteur dû à des lésions épithéliales, l'épithélium pavimenteux stratifié étant remplacé par une couche de cellules cylindriques.

Suivant que la surface altérée est régulière ou présente des prolongements d'apparence villeuse les classiques décrivent une érosion simple ou une érosion papillaire auxquelles il convient d'ajouter l'érosion folliculaire caractérisée par le grand nombre de saillies des culs-de-sac glandulaires.

D'autres auteurs avec Roser prétendent que cet aspect ulcéré du col est dû à l'ectropion de la muqueuse endocervicale. Bouilly disait l'ulcération vraie

c'est l'endométrite du col devenue externe, c'est l'ectropion de la muqueuse à travers le col déchiré. Il convient, pensons-nous, de conclure avec M. Pierre Delbet que les ulcérations au sens anatomique du terme n'existent pas ; les deux théories, desquamation épithéliale et ectropion sont vraies quoique la fréquence de l'ectropion semble exagérée.

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION

Nous rappellerons dans ses grandes lignes la symptomatologie des métrites et tout d'abord il nous semble nécessaire d'insister comme le fait le professeur Pozzi sur un ensemble de symptômes fonctionnels et psychiques auquel il réserve le nom de syndrome utérin et qui constitue un fond commun au tableau de toutes les métrites.

La douleur, caractérisée par une sensation de pesanteur continuelle siège au niveau de l'hypogastre, elle présente des irradiations nombreuses dans les fosses iliaques, à la partie supérieure des cuisses, les plus constantes et les plus pénibles de ces irradiations se font vers les aînes et vers les reins. Ce retentissement douloureux n'est pas fait pour surprendre car il est rare que dans la métrite aiguë tout au moins les trompes ne soient pas en cause si bien que suivant l'expression de Trélat on se trouve le plus souvent en présence d'une métro-salpingopéritonite. Autres propagations douloureuses vers le rectum et surtout au niveau du coccyx comme nous le verrons. Cette douleur est augmentée par a marche, les fatigues, les secousses, elle est réveil-

lée par le coït, le toucher vaginal, elle est provoquée également par le ballottement utérin ce qui constituera au cours de l'examen gynécologique un symptôme de première importance.

La leucorrhée est un symptôme constant qui se trouve parfois modifié par la présence du pus ou de sang. Cette leucorrhée utérine est glaireuse épaisse comme du blanc d'œuf si elle provient du canal cervical, filante au contraire si elle s'écoule de la cavité du corp utérin, la réaction de cette leucorrhée utérine est toujours alcaline. Cet écoulement subit parfois des recrudescences marquées et, à la suite de douleurs plus violentes que de coutume on voit apparaître une quantité assez considérable de liquide; cet ensemble constitue une véritable crise sécrétoire. Cependant cette leucorrhée est souvent sous la dépendance d'un état général défectueux à tel point que M. Despines a pu dire que les deux tiers des femmes de Paris en sont atteintes.

Les modifications des règles tant en qualité qu'en quantité sont également notées souvent. Règles particulièrement douloureuses, vraisemblablement à cause de cette difficulté qu'éprouve le sang menstruel à s'écouler à l'extérieur en raison de l'anté ou de la rétroversion si fréquemment observée au cours des métrites, règles irrégulières ou diminuées considérablement de quantité, règles au contraire particulièrement abondantes et prolongées constituant de véritables ménorragies; apparaissant parfois en dehors des règles et présentant le caractère de

métrorragies. A cet ensemble ajoutons la stérilité fréquemment observée.

Il est également un ensemble de symptômes dits de voisinage et dus pour la plupart à la compression du plexus sacré ; il faut les bien connaître car leur apparition pourrait faire penser à une manifestation morbide d'un des organes du voisinage.

Le retentissement des métrites sur la vessie est classique, outre la polyurie on note des cuissons très vives à la miction et parfois un véritable ténésme. Ces mêmes douleurs se propagent en arrière vers le coccyx et le rectum ; les premières désignées sous le nom de coccygodynie sont parfois si violentes qu'elles ont amené des chirurgiens à pratiquer l'ablation du coccyx ; au niveau du rectum ces douleurs sont réveillées par les efforts de défécation si bien que les malades évitent d'aller à la garde-robe et deviennent des constipées.

La dyspepsie, de cause mal établie est fréquemment notée au cours des métrites, elle semble due pour la majorité des auteurs à la richesse d'innervation utérine et stomacale du sympathique sur lequel l'affection de l'utérus retentirait.

Il n'est pas rare non plus d'observer de véritables quintes de toux sur lesquelles insiste le professeur Pozzi. Cette toux, petite, étouffée, ne répond à aucun signe stéthoscopique et guérit en même temps que la lésion utérine.

Cet ensemble symptomatique par sa continuité plus encore que par son intensité finit par avoir sur l'état

général un très fâcheux retentissement, les malades deviennent des neurasthéniques, on constate parfois diverses manifestations de névrose. Outre les palpitations on note l'apparition assez paradoxale de névralgies faciale et intercostale. Enfin ce mauvais état général chloro-anémique est révélé par le facies dit utérin avec teinte terreuse d'un visage souffreteux et aspect bistré des yeux. Tel se présente le syndrome qui est la manifestation de toutes les maladies des organes génitaux internes de la femme, syndrome accusé plus particulièrement dans les métrites.

Cet ensemble de troubles fonctionnels révélés au cours de l'interrogatoire d'une malade amène à pratiquer l'examen physique.

Le toucher vaginal est un des moyens d'exploration les plus certains ; il doit être bi-manuel. Une main introduit deux doigts dans le vagin et explore le col utérin, recherchant plus spécialement le volume, la consistance, la régularité, la sensibilité de celui-ci. C'est cette main vaginale qui renverra le corps utérin en avant et en haut à la rencontre de la seconde main appliquée sur l'hypogastre un peu au-dessus de la symphyse pubienne. Cette manœuvre permettra de juger de l'augmentation de volume du corps utérin et de son degré de mobilité ; c'est ainsi qu'au cours du toucher on notera dans les cas de métrite une série de symptômes constants : le col est le plus souvent augmenté de volume, déchiqueté, conique, entr'ouvert ; on le sent parfois en certains

points criblé de grains durs dus probablement à la présence de kystes glandulaires. Le toucher montre de plus un empâtement à peu près constant des culs-de-sac vaginaux qui ont perdu leur souplesse normale, enfin il révèle l'existence d'un symptôme capital dont la constatation viendra étayer le diagnostic, c'est le ballottement douloureux de l'utérus.

Après introduction souvent douloureuse du spéculum, on aperçoit le col présentant les modifications morphologiques que le toucher nous avait déjà révélées, on note de plus dans la majorité des cas au niveau d'une ou des deux lèvres du col l'existence d'érosions parfois profondes et constituant alors des ulcérations vraies.

Il est rare qu'il soit nécessaire d'avoir recours au toucher rectal pour parfaire ce diagnostic. Le cathétérisme utérin montre une augmentation légère de la cavité utérine, l'existence des points douloureux au contact même léger de l'hystéromètre introduit dans la cavité utérine ; enfin, si discrète qu'ait été l'exploration, l'instrument est presque toujours retiré sanglant.

Telle est la symptomatologie générale des métrites, il nous reste à préciser quelques points spéciaux qui constituent les particularités des formes cliniques variées qu'il nous reste maintenant à étudier.

Nous éliminerons dès le début la métrite dite virginale apparaissant quelquefois chez des fillettes de huit à dix ans, mais le plus souvent chez des jeunes filles de quatorze à dix-huit ans. Cette affection sem-

ble due dans la majorité des cas à un manque de soins de propreté occasionnant d'abord de la vulvite et secondairement de la vaginite, plus même que de la métrite. Les caractères cliniques sont, outre un état chloro-anémique presque constant, l'écoulement fluide, blanc laiteux, peu abondant, imprégnant les organes génitaux externes.

A cette métrite se rattache par l'atténuation des symptômes généraux, la métrite catarrhale apparaissant à l'autre pôle de la vie génitale de la femme. Elle apparaît en effet entre quarante-cinq et cinquante ans, venant compliquer les troubles de la ménopause et se manifeste par des poussées douloureuses de peu de durée survenant dans l'intervalle des écoulements sanguins ; elle est caractérisée par deux symptômes prédominants : ulcération du col et intensité de la leucorrhée.

Commune également aux deux âges extrêmes de la vie féminine sexuelle est la métrite hémorragique apparaissant entre treize et quinze ans d'une part, entre quarante-six et cinquante d'autre part, c'est-à-dire aux moments de l'apparition et de la suppression des règles.

Chez les jeunes filles au moment de l'établissement de la fonction menstruelle les hémorragies sont parfois si fréquentes qu'on ne peut plus distinguer les périodes cataméniales. Ce sont là métrites hémorragiques discutables et M. Pierre Delbet pense que ces métrites du début de la menstruation, caractérisées par l'intégrité de la muqueuse utérine sont dues sur

tout à des poussées congestives du côté de l'ovaire.

Il n'en est plus de même pour les métrites hémorragiques survenant chez les femmes âgées ou apparaissant chez une femme jeune à la suite d'un avortement. Ces métrites s'accompagnent de douleurs violentes à irradiations multiples, l'écoulement sanguin abondant et répété place rapidement les malades dans un état de dépression alarmant. Ces métrites entraînent une altération profonde de la muqueuse du corps utérin ; c'est une métrite à prédominance végétante, fongueuse, on observe outre l'épaississement de la muqueuse l'apparition de petits polypes rosés, du volume d'un pois, le plus souvent pédiculés.

Bien proche voisine de la métrite hémorragique est la dysménorrhée membraneuse de laquelle les auteurs donnent la définition suivante qui résume tous les symptômes : C'est une métrite chronique avec poussées de métrite aiguë et caractérisée par la desquamation inflammatoire de la muqueuse au moment des règles. Cette expulsion membraneuse représente parfois un moule complet de la cavité utérine, on se trouve en présence d'une véritable caduque menstruelle. Les accidents présentent cette particularité de n'apparaître qu'au moment des règles, c'est à peine si on constate une leucorrhée légère dans les périodes intermenstruelles. L'expulsion des membranes s'accompagne de coliques violentes tandis que l'écoulement sanguin est considé-

ablement augmenté de quantité. La fécondation est impossible pendant toute la durée de l'affection.

Les autres métrites, qu'elles soient gonococciques, streptococciques à la suite d'un accouchement ou d'un avortement septique, hémorragiques *post abortum* surviennent de dix-huit à quarante ans au moment de la plus grande activité génitale de la femme.

Les métrites aiguës, surtout gonococciques présentent l'ensemble symptomatique sur lequel nous avons insisté puisque ce sont elles qu'il est classique de prendre comme type de description, elles s'accompagnent en outre dans les cas aigus de frissons et élévations de température.

La métrite dite douloureuse chronique due le plus souvent à une infection consécutive à un avortement ou à un accouchement septique présente les signes que nous avons énumérés mais l'infection s'est installée lentement et ce n'est qu'assez tardivement que le symptôme douleur prédomine.

ÉVOLUTION

Abandonnées à elles-mêmes, les métrites n'ont aucune tendance à la guérison spontanée.

Les métrites hémorragiques, comme nous avons vu provoquent des altérations de la muqueuse qui devient fongueuse, s'exfolie, est le siège de kystes que nous avons rappelés. Outre la stérilité ou les avortements dont elles sont causes, elles provoquent par l'écoulement sanguin qu'elles occasionnent un degré profond de dépression et d'anémie contre lequel il faut agir.

Au cours des métrites aiguës streptococciques et gonococciques surtout les lésions gagnent le corps utérin puis se propagent aux trompes et par l'intermédiaire de celles-ci atteignent le péritoine occasionnant des poussées de pelvi-péritonite que révéleront la fièvre, la fréquence du pouls, la violence des douleurs abdominales, l'atteinte du facies et de l'état général, l'empâtement des culs-de-sac constaté par le toucher vaginal.

Propagée par les veines, l'inflammation pourra provoquer la phlébite des volumineux plexus veineux péri-utérins. Propagée par les lymphatiques,

elle occasionne des suppurations de voisinage et plus spécialement le phlegmon du ligament large.

Nous rappelons enfin que le déciduome malin pourra apparaître consécutivement à une métrite hémorragique *post abortum*, la tumeur maligne se développant aux dépens des villosités choriales.

Le pronostic éloigné des métrites est donc relativement sombre, aussi faudra-t-il mettre en œuvre un traitement énergique dès qu'un diagnostic précis aura été porté.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la plupart des métrites est en général facile, du moins lorsqu'il s'agit de métrites aiguës à écoulement muco-purulent, celui des métrites hémorragiques sera au contraire beaucoup plus délicat; nous verrons enfin que les symptômes dits à distance et les manifestations d'ordre nerveux peuvent donner le change en présence d'une malade qui n'attire pas d'emblée l'attention sur son passé génital.

Il serait peu intéressant de différencier la métrite des fillettes de l'écoulement vaginal provenant d'une exagération de la sécrétion normale du vagin. On se souviendra que la leucorrhée d'origine vaginale est fluide, laiteuse, n'empesant que peu le linge et de réaction acide. D'ailleurs la distinction est bien fictive et les soins de propreté, injections d'eau bori-quée chaude, seraient à préconiser dans l'un et l'autre cas.

L'ensemble des symptômes que le Professeur Pozzi groupe sous le nom de syndrome utérin pourraient un instant donner le change et faire penser par leurs manifestations à distance soit à une affection de l'es-

tomac, dyspepsie ou dilatation stomacale, ou encore à une détermination morbide vers la vessie ou le rectum. L'examen clinique de ces organes permettra d'éliminer ces différentes hypothèses.

Les métrites aiguës pourraient parfois par l'intensité des phénomènes douloureux prêter à erreur. Nous avons vu la participation presque constante de la trompe au tableau des métrites chroniques, la salpingite est une complication si fréquente qu'elle constitue presque un symptôme. Ces phénomènes douloureux propagés dans les fosses iliaques pourraient faire penser à une entéro-colite muco-membraneuse ou à une manifestation appendiculaire. L'entéro-colite se caractérise par la propagation douloureuse le long des côlons ascendant, transverse et descendant, l'existence d'une constipation opiniâtre ancienne, la présence dans les selles de glaires et de fausses-membranes. La colique appendiculaire avec son point douloureux d'élection, les vomissements, la résistance de la paroi, l'élévation de la température, la fréquence du pouls, l'existence de crises antérieures analogues sera assez facilement différenciée dans la majorité des cas.

Outre ces symptômes douloureux qui se manifestent au cours des métrites aiguës, nous avons vu celles-ci caractérisées par deux symptômes capitaux, la leucorrhée et l'ulcération.

La leucorrhée pourrait être confondue avec l'écoulement que provoque la tuberculose utérine d'ailleurs rare. Celle-ci, lorsqu'elle est secondaire, pourra

être soupçonnée en raison des autres manifestations du bacille de Koch ; primitive elle sera latente dans la majorité des cas, qu'elle se manifeste sous la forme miliaire aiguë au cours d'une infection tuberculeuse généralisée la forme interstitielle est insidieuse elle aussi, puisqu'elle se caractérise par la présence de masses tuberculeuses dans l'épaisseur du muscle utérin ; même dans la forme ulcéreuse il est rare que les ulcérations gagnent le col.

L'écoulement dans ces cas fait penser à une métrite chronique. Dans ces formes de tuberculose utérine, l'examen bactériologique ne donne que peu de renseignements, plus utile est l'inoculation.

L'écoulement fluide, rosé du cancer de l'utérus pourrait prêter à erreur, mais dans ces cas, la fétidité de l'écoulement survenant après les métrorragies, l'âge de la malade, l'ensemble symptomatique, l'atteinte de l'état général permettent aisément le diagnostic. De plus à cette période du cancer si on pratique le toucher vaginal on trouve les culs-de-sac blindés, l'utérus immobilisé : le doigt explorateur effrite les bourgeons néoplasiques et les fait saigner, l'écartement des valves du spéculum, difficile comme l'a montré Lefort en raison du blindage du vagin montre l'existence de ces bourgeons ou de l'ulcération déchiquetée, anfractueuse, purulente saignant au moindre contact.

Pour le diagnostic de métrite hémorragique les difficultés sont plus grandes. Nous ne nous arrêtons pas aux métrorragies accompagnant les gran-

des infections ou les fièvres éruptives, elles surviennent dans des circonstances si caractérisées que leur diagnostic étiologique s'impose.

Chez une femme jeune, le premier point qu'il faudra établir c'est l'existence d'une grossesse. Si en effet la malade raconte n'avoir plus ses règles depuis deux ou trois mois, on est autorisé à la croire enceinte et à rechercher les signes dits de probabilité de la grossesse. Si cette hypothèse se confirme, on peut penser à un avortement qui dans ces trois premiers mois de la grossesse se fera en un temps. Cet avortement précoce est quelquefois difficile à dépister, les malades fournissant d'une part dans la majorité des cas des renseignements erronés et d'autre part les membranes de l'œuf ayant pu passer inaperçues au milieu des volumineux caillots expulsés. Cependant dans ces cas tout rentre assez rapidement dans l'ordre et, au bout de quelques semaines, la réapparition des règles vient préciser le diagnostic. Celui-ci sera plus évident dans un avortement survenant après le troisième mois et se faisant en deux temps ; en effet on assiste alors à un véritable accouchement avec expulsion successive du fœtus et du placenta.

Dans la rétention placentaire consécutive à l'avortement, les métrorragies s'accompagnent d'écoulements fétides, d'élévation de la température, état général mauvais. Cet ensemble symptomatique joint à la connaissance d'un avortement antérieur suffit au diagnostic. Il faudra d'ailleurs se souvenir qu'ul-

térieurement ces débris de caduque peuvent devenir l'origine de déciduomes.

En dehors de la grossesse, il est une série d'affections que la métrite hémorragique peut simuler.

Avant la ménopause ou au moment de la suppression de la fonction menstruelle, c'est avec le fibrome que la métrite hémorragique devra être surtout différenciée. Les fibro-myomes se manifestent outre les métrorragies par un ensemble de signes physiques : augmentation du volume de l'utérus facilement constatable par l'examen bi-manuel l'exploration à l'hystéromètre fait voir l'augmentation considérable de la cavité utérine qui peut elle aussi être notée dans la métrite parenchymateuse ; on constate de plus des douleurs violentes dues à des compressions viscérales ou nerveuses portées à leur maximum dans les fibromes enclavés. Les polypes utérins s'accusent par des douleurs très violentes accompagnant les métrorragies, ils font de plus parfois saillie au niveau de l'orifice externe du col.

Les métrorrhagies du cancer de l'utérus au début seront difficiles à interpréter si elles surviennent au moment de la ménopause ; survenant longtemps après la cessation des règles elles devront d'emblée donner l'éveil. Mais dans l'un et l'autre cas l'apparition de l'écoulement ichoreux, rosé, fétide en même temps que les métrorrhagies diminuent, la constatation d'ulcérations ou de bourgeonnements du col, de symptômes de compression sur les organes de voisinage permettent de rapporter les métrorrhagies à leur véritable cause. D'ailleurs dans les cas de can-

cer au début il ne faudra pas manquer si les circonstances le permettent de prélever un fragment de la tumeur et d'en pratiquer l'examen histologique qui permettra un diagnostic et une intervention précoces.

Par leur écoulement sanguin et fétide les fibromes sphacelés pourront faire penser à des métrites vraies; mais souvent le fibrome a été diagnostiqué depuis longtemps et si on pratique le toucher on sent une tumeur dure et élastique.

L'examen histologique enfin nous semble nécessaire pour différencier certaines formes connexes de métrites s'accompagnant d'expulsion de fausses membranes nous en avons pris comme type clinique la dysménorrhée membraneuse cependant dans ces cas l'examen au microscope permet de reconnaître : outre la métrite exfoliatrice caractérisée par l'expulsion d'une partie de la muqueuse la métrite exsudative dans laquelle les fausses membranes n'ont aucune structure propre et la métrite disséquante dans laquelle on note l'expulsion de la muqueuse et d'une partie de la musculieuse.

Le traitement mercuriel d'épreuve deviendra un moyen de diagnostic en présence de certaine ulcérations dont la nature syphilitique pourrait être soupçonnée.

TRAITEMENT

Le traitement médical des métrites relève de quelques indications générales qu'il est de mise de mettre en pratique en présence d'une inflammation aiguë ou chronique de l'utérus : c'est ainsi qu'il est classique de recommander le repos au lit, les injections chaudes, l'abstention de rapports sexuels ensemble qui évidemment apporte une amélioration légère et passagère ; le port de ceintures spéciales sera le plus souvent un moyen curatif illusoire. Plus efficaces sont les traitements par les eaux chlorurées sodiques et, par le massage, méthode expérimentée surtout en Allemagne.

Cependant il nous semble que l'arsenal médical dispose de bien d'autres moyens thérapeutiques plus énergiques pouvant amener une rétrocession marquée et durable des phénomènes morbides et qui nous semblent devoir être mis en œuvre avant d'en arriver à l'éventualité d'une intervention chirurgicale.

Nous avons, au cours des deux années passées auprès de notre maître le D^r Labadie-Lagrave expérimenté les thérapeutiques les plus courantes et les

antiseptiques les plus employés. Nous pourrions faire une énumération forcément fastidieuse des observations nombreuses de métrites améliorées ou guéries par les méthodes couramment employées dans le service. Nous nous sommes borné à rapporter les seules observations que nous considérons comme les plus typiques.

En présence de la métrite virginale il faut combattre la vaginite due le plus souvent à un manque de soins de propreté ; le véritable traitement prophylactique sera d'éviter la vulvite des fillettes. Cette métrite virginale constituée il faudra respecter la virginité, éluder les méthodes thérapeutiques qui pourraient léser la membrane hymen, pratiquer avec une canule fine des injections d'eau boriquée chaude.

Contre la métrite catarrhale que nous avons vue apparaissant au moment de la ménopause dans l'intervalle des règles il nous a semblé que l'indication est d'éviter les attouchements au chlorure de zinc ou les cautérisations qui provoquant une rétraction du col occasionneraient de l'atrésie ; le hersage semble également contre-indiqué ; la méthode de choix nous semble être le badigeonnage avec la solution iodotannique.

Les métrites cervicales avec écoulement glaireux, séro-purulent même, mais peu abondant, s'accompagnant d'ulcérations superficielles et peu étendues du col nous ont paru justiciables des seules injections antiseptiques et du tamponnement ichtyolé.

OBSERVATION I (personnelle)

La première de nos observations se rapporte à une jeune fille de 16 ans.

Elle présente au niveau de la vulve des traces de contusions et de nombreuses plaies superficielles rappelant les écorchures provoquées par des coups d'ongle.

Cette tuméfaction des organes génitaux externes s'accompagne d'une série de troubles fonctionnels. En effet, outre les douleurs assez vives siégeant au bas-ventre, la malade ressent des cuissons très intenses en urinant, ce qui permet de penser à des phénomènes de cystite d'autant plus probable que depuis quelques semaines ont apparu des pertes séro-purulentes jaune verdâtre si abondantes qu'elles ont provoqué l'apparition d'herpès au niveau de la vulve et de la partie supéro-interne des cuisses. L'examen direct du périnée montre en outre un œdème considérable de la vulve, il est difficile d'écarter suffisamment les grandes lèvres pour apercevoir le méat urinaire et l'orifice du vagin. On fait sur l'éruption herpétique quelques badigeonnages à la teinture d'iode et on applique en permanence sur la vulve des compresses imbibées d'eau boriquée froide. Après quelques jours de ce traitement, l'examen direct devient possible ; entre les petites lèvres le méat apparaît rouge et boursoufflé, la membrane hymen légèrement déchirée semble révéler un coït incomplet. Toutefois cette rupture hyménale est suffisante pour permettre le toucher vaginal et l'introduction d'un petit spéculum.

Le toucher révèle une douleur assez intense au niveau du co

utérin, l'application de la main au niveau de l'hypogastre combinée au toucher vaginal est douloureuse également, les culs-de-sac sont souples et indolores. L'examen au spéculum fait voir une rougeur intense de la muqueuse vaginale et une légère érosion au niveau de la partie moyenne du col : en somme plutôt vaginite que métrite, mais après injections de permanganate de potasse et désinfection suffisante du vagin l'ulcération du col nécessite l'introduction journalière de tampons de coton hydrophile imprégnés d'ichthyol. En même temps, on continue sur les cuisses et le périnée les badigeonnages à l'iode et on administre de l'uraseptine pour combattre les phénomènes de cystite. Après trois semaines de traitement, outre la disparition de l'œdème vulvaire, l'amendement des phénomènes vésicaux et l'atténuation considérable de l'éruption herpétique, on note la cessation presque absolue des écoulements vaginaux et des douleurs. Le toucher ne révèle plus aucune sensation pénible, l'ulcération cervicale a disparu. La malade sort guérie un mois après son entrée dans le service.

Ces seules injections suivies de tamponnement ichthyolé nous ont paru insuffisantes dans le cas de métrites relativement plus ancienne quoique de date assez récente encore et présentant une virulence plus considérable. Ce sont ces cas qui nous paraissent justiciables de pansements à l'aide de crayons antiseptiques.

OBSERVATIONS II (Personnelle)

La malade qui fait l'objet de cette observation est une dom estique de dix-huit ans qui entre salle Beau où elle est

soignée pour une congestion pulmonaire légère ; ce n'est que quelques jours après son entrée qu'elle se plaint de douleurs abdominales siégeant vers l'hypogastre, elle raconte de plus avoir observé depuis quelques semaines un écoulement de glaires séro-purulents. L'examen gynécologique pratiqué immédiatement montre l'existence de plaques muqueuses siégeant sur les grandes et les petites lèvres ainsi qu'au pourtour de l'anus. A l'aide du spéculum on aperçoit un col volumineux, entr'ouvert laissant écouler les glaires épais, muco-purulents desquels la malade avait signalé la présence. On décide de soigner les lésions spécifiques à l'aide d'injections intra-musculaires de cyanure de mercure. Ces injections faites par séries de dix avec intervalle de dix jours ont après un mois amené l'amendement des phénomènes syphilitiques mais la métrite soignée par les injections de permanganate et l'application de tampons ichthyolés est restée rebelle. Le col suffisamment entr'ouvert permet l'introduction de crayons au peroxyde de zinc qui sont renouvelés tous les jours pendant une huitaine de jours. Ce traitement au peroxyde de zinc est ensuite interrompu, la malade est à nouveau soignée avec les seules injections d'eau boriquée chaude, les douleurs disparaissent, on ne note plus de cuissons à la miction l'écoulement est tari, l'inflammation cervicale est très atténuée, la malade sort améliorée de ses lésions syphilitiques et de sa métrite après un mois et demi de traitement.

Lorsque les lésions sont plus anciennes tamponnement vaginal et injections restent sans effet nous semble-t-il au même titre que l'introduction plus ou moins complète de produits antiseptiques

dans la cavité utérine il faut tout d'abord se souvenir que l'introduction même de mèches peut devenir difficile dans un utérus en ante ou en rétroversion marquée ; il nous a paru surtout que la désinfection ne pouvait être pratiquée dans ces utérus contaminés à une date relativement ancienne avant une dilatation, progressive mais considérable permettant un accès facile dans la cavité utérine ainsi que l'introduction de mèches permettant un pansement efficace. La dilatation est indiquée même pensons-nous dans les cas de métrite ancienne où on se trouve en présence d'un col déchiqueté, très entrouvert et par lequel on peut espérer pénétrer facilement dans l'utérus. Nous avons pu observer l'insuccès suivant consécutivement à une abstension de dilatation, insuccès compensé ultérieurement à la suite de l'ouverture large du canal cervical.

OBSERVATION III (personnelle)

La malade qui nous occupe, âgée de vingt-quatre ans entre salle Beau pour des douleurs violentes exagérées par la station debout à laquelle l'oblige son métier de cuisinière, les pertes ont commencé, deux ans avant son entrée dans le service ; la malade s'est soignée en prenant plus ou moins régulièrement des injections chaudes qui très momentanément calmaient les douleurs sans diminuer les pertes abondantes, verdâtres, épaisses, empesant le linge. L'état général s'est peu

à peu ressenti de ces manifestations utérines, la malade a perdu l'appétit et accuse une sensation de faiblesse générale. L'examen au spéculum montre, comme on pouvait s'y attendre, un col volumineux conique, déchiqueté, entr'ouvert ; le toucher réveille une douleur nette au niveau des deux trompes et à l'extrémité du museau de tanche ainsi qu'au niveau de la région hypogastrique, là où la main immobilise l'utérus.

Pendant quelques jours l'asepsie du vagin est pratiquée à l'aide de tampons ichthyolés et injections d'eau boriquée chaude faites journellement avant l'introduction du tampon. Le col avait, au cours de l'examen au spéculum, paru suffisamment entr'ouvert pour qu'on pût espérer pénétrer dans la cavité utérine sans dilatation préalable. Pendant quelques jours donc quelques mèches imprégnées d'iodosol sont poussées dans le canal cervical, mais les douleurs restent aussi vives malgré le repos au lit, l'écoulement ne diminue ni de nature ni de quantité. Devant cette insuffisance des résultats on décide de pratiquer la dilatation à l'aide de tiges de laminaire introduites progressivement plus volumineuses pendant quatre jours.

Après ce délai une dilatation considérable étant obtenue on recommence les mêmes pansements à l'aide de mèches imprégnées d'iodosol. Celles-ci peuvent cette fois être introduites profondément et après une semaine de pansements journaliers suivie de quelques jours de repos au lit la malade se sent mieux, une douleur atténuée persiste encore au niveau de l'hypogastre, l'écoulement a presque complètement disparu, la malade très améliorée quitte le service un mois après son entrée.

C'est pourquoi nous croyons utile en présence d'une métrite déjà ancienne et quelle que soit son

origine, gonococcique ou puerpérale de pratiquer une large dilatation préalable avant de commencer les pansements intra-utérins faits à l'aide de mèches imbibées de glycérine créosotée, gâïacosol ou iodosol. C'est la pratique que nous avons adoptée et les deux cas typiques que nous rapportons confirment, pensons-nous, cette thérapeutique.

OBSERVATION IV (Personnelle.)

Une domestique de vingt-et-un ans entre au mois de mars, salle Beau, elle souffre depuis deux mois de sensations de brûlures accompagnant la miction de douleurs abdominales continues quoique assez atténuées. La malade raconte cependant s'être trouvée subitement plus souffrante, les douleurs sont devenues brusquement intolérables, la température atteint à ce moment 39 degrés, le pouls est à 120, l'état général est mauvais, les vomissements apparaissent, elle entre à l'hôpital où elle est admise dans un service voisin.

La réaction abdominale est si intense que pendant quelques jours on se borne à appliquer sur le ventre des vessies de glace, les boissons glacées sont prescrites en même temps que le repos le plus complet. Pendant une dizaine de jours la température oscille entre 38°5 et 39 ; la malade nous est passée ultérieurement alors que la poussée de pelvi-péritonite a disparu depuis plusieurs jours. Nous la maintenons en observation quelque temps afin de laisser la poussée inflammatoire s'amender complètement. Le toucher vaginal devenu à ce moment facilement praticable montre un utérus peu mobile et laisse sen-

tir les culs-de-sac empâtés ; l'examen bactériologique de l'écoulement vaginal pratiqué entre temps montre qu'on se trouve en présence du gonocoque. Ce n'est que dix jours après l'entrée de la malade dans notre service que nous commençons la dilatation. Celle-ci pratiquée pendant cinq jours permet l'introduction consécutive de plusieurs mèches imbibées d'iodosol. Ce pansement renouvelé journellement pendant sept jours provoque une amélioration considérable, les douleurs ont disparu sous l'influence de cette thérapeutique jointe à celle du repos au lit ; l'écoulement est tari, la malade se lève quinze jours après le commencement du traitement, la marche ne provoque aucune douleur, la malade quitte l'hôpital très améliorée.

Cette large dilatation préalable nous a paru une fois de plus nécessaire par le cas suivant :

OBSERVATION V (Personnelle)

Une couturière de trente-trois ans entre à l'hôpital pour métrite et douleurs abdominales anciennes suffisamment violentes pour lui interdire l'emploi de la machine à coudre. La malade a accouché trois ans avant son entrée dans le service, les phénomènes douloureux ont débuté il y a deux ans. A ce moment la malade fut examinée en ville et soignée pour métrite à l'aide d'injections chaudes et de tamponnements. Cette thérapeutique fut insuffisante car presque immédiatement réapparurent des douleurs aussi intenses et l'écoulement vaginal aussi abondant. La malade présente tant au toucher qu'à l'examen au spéculum des signes de métrite ancienne s'accompagnant des signes fonctionnels classiques. Elle est, elle aussi, soumise

à la dilatation et au inéchage ; la malade après quinze jours de traitement est considérablement améliorée et peut être considérée comme guérie.

Il nous reste à aborder en terminant le traitement de la métrite hémorragique et le traitement médical souvent impuissant de la dysménorrhée membraneuse.

La métrite hémorragique peut évidemment au début être traitée quelque temps avec avantage par le repos au lit, les injections chaudes, l'absorption journalière d'hydrastis canadensis ; l'électrothérapie, elle aussi, peut être mise en œuvre mais le plus souvent ces moyens restent inefficaces et il nous a semblé que pour avoir quelques chances de succès il faut agir directement sur la muqueuse utérine par l'introduction de substances hémostatiques et antiseptiques dans la cavité même de l'organe.

OBSERVATION VI (Personnelle)

L'observation suivante se rapporte à une malade atteinte de métrite hémorragique. Cette malade nous est confiée dans le courant de janvier 1908. Elle raconte avoir fait deux ans auparavant une fausse couche de quatre mois. Tout s'était bien passé, les phénomènes d'avortement s'étaient peu à peu amendés, aucun symptôme de rétention placentaire ne s'était manifesté à la suite de cette fausse couche, aucune perte fétide ou sanglante, température normale, état général excellent. Environ dix-huit mois après cet avortement commencent à se manifester les pre-

miers symptômes douloureux caractérisés par des sensations de pesanteur siégeant au niveau de l'hypogastre et des aines ; ces douleurs exagérées par la marche irradiaient aux lombes et à la partie supérieure des cuisses. Quelques semaines après l'apparition de ces premiers phénomènes les métrorragies débutèrent d'abord discrètes et intermittentes puis progressivement abondantes et répétées amenant une anémie marquée. Lorsque la malade se présente à nous, le teint décoloré, elle nous dit perdre abondamment, au point de ne plus pouvoir sortir sans entrer à tout instant changer ses garnitures dans les chalets de nécessité.

Les douleurs sont moins intenses peut-être qu'au début mais l'état général mauvais en raison des hémorrhagie abondantes. Le toucher vaginal pratiqué à ce moment fait sentir un utérus volumineux, douloureux, rétroversé ; le cul-de-sac latéral droit sensible à la pression du doigt, le col est augmenté de volume, cône entrouvert. L'examen au spéculum laisse apercevoir quelques caillots, très volumineux accumulés dans les culs-de-sac ou en migration à travers le canal cervical. Sur les conseils de notre maître, le Dr Labadie-Lagrave, nous mettons la malade au repos absolu en même temps que le vagin est aseptisé par quelques injections d'eau boriquée chaude. Nous commençons immédiatement à travers ce col utérin largement entrouvert des écouvillonnages de la cavité utérine avec des bourdonnets de coton hydrophile imprégnés d'un mélange à parties égales de salol et d'antipyrine cristallisés. (Ce mélange présente l'avantage de se dissoudre sous l'influence d'une température peu élevée). Nous introduisons ensuite une mèche imprégnée elle aussi de salol et antipyrine et la laissons en place pendant vingt-quatre heures. Après dix

séances analogues les hémorragies qui s'étaient progressivement taries, ont complètement disparu. Nous avons plusieurs fois revu la malade et récemment encore, c'est-à-dire trois mois après la fin du traitement elle nous disait n'avoir plus présenté aucune métrorrhagie en dehors de ses règles.

C'est ce même traitement que nous préconisons contre la dysménorrhée membraneuse, voisine bien proche de la métrite hémorragique. Mais ces badigeonnages de la cavité utérine tant au chlorure de zinc qu'avec le mélange de salol et antipyrine restent quelquefois inefficaces si bien que dans la dysménorrhée membraneuse plus encore que dans la métrite hémorragique *post abortum*, c'est au curetage qu'il faudra finalement avoir recours après quelques tentatives sérieuses de traitement médical.

CONCLUSIONS

En somme les conclusions suivantes nous semblent se dégager :

1° Les deux causes de beaucoup les plus fréquentes de métrites, les deux seules causes qu'il faille vraiment rechercher en pratique sont : un coït infectant et un accouchement ou un avortement septiques.

2° A ces deux causes correspondent deux agents pathogènes qui semblent devoir être incriminés dans l'immense majorité des cas : le gonocoque et le streptocoque.

3° Il nous paraît nécessaire d'insister sur la dualité symptomatique des métrites du col et de celles du corps de l'utérus. En effet, tandis que les inflammations du col sont longtemps tolérées, qu'elles évoluent sans aucun fracas, sans aucune réaction générale bruyante, les inflammations du corps de l'utérus se traduisent par une intensité symptomatique rappelant les réactions violentes des inflammations des viscères abdominaux, avec tableau clinique beaucoup plus accusé tandis que le corps utérin réagit comme un organe abdominal; le col au contraire oserions-nous presque dire se comporte comme un organe périnéal superficiel.

4° A cette dissociation symptomatique correspond une dualité thérapeutique. Les métrites du col avec écoulement glaireux et érosions du museau de tanche nous ont semblé dans la majorité des cas céder aux injections chaudes antiseptiques suivies d'applications plus ou moins prolongées de tampons de coton hydrophile imprégnés d'ichthyol.

5° Pour les métrites du corps utérin, les indications sont plus variées. Nous rappelons pour mémoire la métrite virginale que nous avons vue évitable par des soins suffisants de propreté et justiciable si elle se manifeste d'injections antiseptiques pratiquées avec une canule fine.

6° Nous insistons sur la métrite catarrhale si fréquente au moment de la ménopause et atténuée par des badigeonnages de la cavité utérine avec une solution iodotannique ; c'est la sclérose utérine qui doit dans ces cas être incriminée.

7° Nous réservons une place spéciale à la métrite hémorragique que nous avons vue justiciable d'écouvillonnages et de méchages avec des bourdonnets imprégnés du mélange de salol et antipyrine en quantités égales.

8° Dans quelques cas spéciaux de métrites gonococciques caractérisées par une infection de date récente et la constatation d'un col suffisamment entr'ouvert nous croyons utile l'introduction journalière et répétée pendant une semaine de crayons au peroxyde de zinc ou au sulfate de cuivre.

9° Dans tous les autres cas, de beaucoup les plus

nombreux la première manœuvre qui s'indique est la dilatation de la cavité utérine et, dans les jours qui suivent le tamponnement de cette cavité dilatée avec des mèches imbibées de gaïacosol d'iodosol ou de glycérine créosotée.

10° La plupart des métrites sont considérablement améliorées par le traitement médical ; celui-ci reste cependant parfois inefficace en présence de métrites gonococciques anciennes qui propagées aux trompes par les lymphatiques provoquent de la périsalpingite plutôt que de la salpingite. C'est dans ces cas pensons nous qu'il est indiqué de recourir au traitement chirurgical. Ces mêmes indications chirurgicales sont également de mise lorsque, dans les cas de métrite cervicale on se trouve en présence d'un col volumineux et déchiqueté à ulcérations anciennes et profondes s'accompagnant d'ectropion de la muqueuse du col. Dans les métrites hémorragiques à écoulement sanguin abondant et rebelle le curettage s'indique lorsque les moyens que nous avons énumérés sont restés insuffisants ; la dysmenorrhée membraneuse et tenace sera également justiciable du traitement chirurgical plus précoce que dans la métrite hémorragique.

Vu : le président de la thèse

SECOND

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer .

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abel et Landau. — Arch. fur. Gyn., 1889, t. XXXIV, p. 165.

Albert. — La levure stérilisée et son emploi en Gynécologie.
Centralbl. f. Gynak., 27 avril 1901.

Apostoli. — Sur un nouveau traitement des métrites chroniques. Paris, 1887 (indication imprécisée. Traité Le Dentu-Delbet).

Archambault. — Médicaments modificateurs de l'utérus.
Thérapeutique contemporaine, n° 56, février 1900.

Arnaud. — Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite par le crayon de sulfate de cuivre. Bull. therap., 15 mai 1892.

Auvard. — Séméiologie génitale, 1892.

Batut. — Du cautère actuel dans certaines affections du col de l'utérus. Thèse, Paris, 1850.

Barnsby. — Appendicite et annexite, 1898.

Beurnier. — Traitement des métrites. Bulletin général de thérapeutique, 15 mars-30 nov. 1900.

Bisch. — Gangrène des fibromes utérins non pédiculés.
Thèse, Paris, 1902.

Blum. — Du drainage prolongé de l'utérus, consécutif à la dilatation et au curettage dans le traitement de cer-

taines affections utérines et péri-utérines. Thèse, Paris, 1900.

Boldt. — Soc. Gynécol. américaine, 19 sept. 1889.

Bormaire. — Dilatation prolongée du col de l'utérus au moyen du tube en caoutchouc malléable. Semaine médicale, 31 août 1892.

Bouchet (Du). — Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines. Thèse, Paris, 1897.

Bumin. — Congrès de Bonn, mai 1891.

Carbonel. — Du traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution. Thèse, Bordeaux, 1893.

Cassan. — Traitement des métrites par les applications intra-utérines d'aïrol. Thèse, Paris, 1897.

Chaleix Vivié et Kohler. — Technique nouvelle de l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur dans le traitement des métrites. Revue Gynéc. et Obstétrique. Bordeaux, juillet, 1900.

Chéron. — Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, 1892 (indication imprécisée, Th. Gosselin).

Cros (Louis). — Métrites et périmétrites. Contribution thérapeutique. Massage de l'utérus et de ses annexes. Thèse, Montpellier, 1894.

Dalché. — Les métrorragies dans les maladies du cœur. Société médicale des hôpitaux, 11 juin 1897. Les métrorragies dans les maladies du foie. Société médicale des hôpitaux, 12 novembre 1897.

Delbet (Pierre). — Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc. Annales de Gyn. et d'Obst., janvier 1899.

- Doumer.* — Métrite aiguë, hémorragique, traitée avec succès par des applications cervicales de courants de haute fréquence et de haute tension. Troisième congrès international de Gyn. et d'Obst. Amsterdam.
- Ducellius.* — Du chlorure de zinc en Gynécologie Centralblatt f. Gyn., 19 novembre 1892.
- Fort.* — Traitement de la métrite par la solution de chlorure de zinc au dixième. Thèse, Paris 1894.
- Fraenkel.* — Du traitement de l'endométrite chronique. Wien. Med. Presse, 16 et 23 juillet 1893.
- Franke.* — Drainage prolongé de l'utérus dans le traitement de l'endométrite et de la dysmenorrhée surtout en cas de sténose du col. Zeitsch f. Geburtsch, u. Gyn., 1901.
- Georgü.* — Traitement de l'endométrite cervicale par les applications d'argile en poudre, 1899.
- Gosselin.* — Contribution à l'étude du traitement médical des métrites et salpingites. Thèse, Paris, 1902.
- Gongartchik.* — Traitement des métrites par le drainage capillaire. Thèse, Saint-Pétersbourg, 1898.
- Grammatikati.* — Traitement de l'endométrite catarrhale et de la salpingite par l'alumnol, 1896 (indication imprécisée dans thèse Gosselin.
- Grilhault des Fontaines.* — Du traitement de la métrite du col. Thèse, Paris, 1893.
- Hepp* (Maurice). — Sclérose utérine et métrites chroniques. Thèse, Paris, 1899.
- Huguenin.* — Des résultats éloignés du curettage de l'utérus dans le traitement des endométrites chroniques. Thèse, Paris, 1892.

- Jonin* (F.). — Des différents types de métrite et de leur traitement, 1892.
- Traitement de l'endométrite cervicale blennorragique par l'essence de Wintergreen.
- Kirsner*. — Traitement de l'endométrite puerpérale par la naphthaline.
- Kotschau*. — De l'ichthyol en Gynécologie. Sawinl Klin, Vorträge von Volkmann, 1891.
- Labadie-Lagrave* et *Legueu*. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie.
- Lautenburg*. — Traitement des métrites chroniques. Centralblatt f. Gyn., 3 août 1901.
- Lejars*. — Polypes et faux polypes. Leçons de Chirurgie. Paris, 1895.
- Letixerant*. — Quelques observations pratiques sur la cautérisation du col de l'utérus. Thèse, Paris, 1852.
- Mauclair*. — Annales de Gynécologie, 1897.
- Mendez de Leon*. — Métrites cervicales. Congrès, Paris, 1900.
- Monod* et *Rocaz*. — L'ichthyol en solution à 10 o/o dans la métrite cervicale. Bordeaux, 1892.
- Olshausen*. — Thérapeutique intra-utérine. Société de Médecine berlinoise, oct. 1894.
- Page*. — De la cautérisation intra-utérine par l'acide nitrique dans les endométrites chroniques. Thèse, Paris, 1901.
- Pénaire*. — Des endométrites infectieuses. Thèse, Paris, 1887.
- Pichevin*. — Cautérisation intra-utérine. Sem. Gyn., 1900.
- Piéring*. — Du massage en Gynécologie. Praq. med. Wochensch, 24 et 31 janv. 1901.
- Planta*. — Parallèle entre le crayon de chlorure de zinc et
- Moulu

le curettage dans le traitement des endométrites.

Thèse, Montpellier, 1861.

Pozzi. — Contribution à l'étude des métrites cervicales.

Revue de Gyn. et de Chirurgie abdom., 1900.

Raffray. — Métrites. Considérations cliniques et thérapeutiques. Thèse, Paris, 1895.

Ransquin. — Du tubage de l'utérus en dehors de l'état puerpéral. Drainage prolongé au moyen d'un tube en caoutchouc malléable. Thèse, Paris, 1892.

Rendu. — Du massage gynécologique en Suède. Lyon médical, 2 sept. 1894.

Richard d'Aulnay. — Traitement médical de la névrite du col. Semaine méd., 1896.

Richelot. — Sclérose utérine et vraie métrite.

— Traitement des métrites par le caustique de Filhos.
Soc. d'obst., nov. 1901.

Robin et Dalché. — Traitement médical des maladies des femmes, 1900.

Rossi Doria. — De la présence des protozoaires dans les cas d'endométrites chroniques. Arch. f. Gyn., 1894.

Ruge. — Zeit fur geb. und Gyn., 1881, vol. V, page 137.

Schmidt (Max). — Un cas de mort après une injection intra-utérine au chlorure de zinc. Monat. f. geb. u. Gyn., 1899.

Schultz. — Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de la blennorrhagie utérine. Zeitsch. f. geb. u. Gyn., 1899.

Sneguirey. — Traitement de l'endométrite par l'acide lactique, 1897.

- Stapfer.* — La kinésithérapie gynécologique. Traitement suédois des maladies des femmes, 1892.
- Sueur.* — Du bleu de méthylène chimiquement pur et en poudre dans le traitement des métrites. Thèse, Paris, 1901.
- Thomson.* — Les bains d'air chaud dans les endométrites chroniques, 1895.
- Vaugeon.* — Contribution à l'étude du traitement de la métrite chronique par les caustiques. Thèse, Paris, 1891.
- Waldo.* — Traitement de l'endométrite. Americ. Journ. of Obst., mars 1892.
- Winckel* (Von). — Cautérisation du col et de la muqueuse intra-utérine avec une solution de formol à 10 o/o, 1894.
- Wylic.* — Drainage de l'utérus. Americ. Journ. of Obst., avril 1892.

